



Rupture du tendon d'Achille : traitement conservateur ou chirurgical ?

Référence

Ochen Y, Beks RB, van Heijl M et al. Operative treatment versus nonoperative treatment of Achilles tendon ruptures: systematic review and meta-analysis. BMJ 2019;364:k5120. DOI: 10.1136/bmj.k5120

Analyse de

Jean-François Kaux, médecine physique et traumatologie du sport, CHU Université de Liège

La rupture aiguë du tendon d'Achille est une blessure très fréquente (incidence de 31 sur 100000 par an) qui touche essentiellement une population relativement jeune (âge moyen de 37 à 44 ans) et est sans cesse en augmentation (1). Sa prise en charge, chirurgicale ou non, fait toujours l'objet de nombreux débats.

Plusieurs méta-analyses d'études randomisées et contrôlées ont montré que le traitement chirurgical réduisait considérablement le risque de re-rupture par rapport au traitement conservateur (différence rapportée de 5% à 7%) (2-4). Cependant, le traitement chirurgical mène à une augmentation significative de complications telles qu'infection, thrombose veineuse profonde, lésion du nerf sural... (différence de risque déclarée de 16% à 21%) (2-4).

Cette revue systématique (5) inclut 29 études (10 études randomisées contrôlées et 19 études observationnelles) avec un total de 15862 patients dont 9375 traités chirurgicalement et 6487 traités de manière conservatrice. Le critère de jugement primaire est le taux de re-rupture après traitement conservateur ou chirurgical. Les critères de jugement secondaires sont le taux de complication (infection, atteinte du nerf sural, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), l'impact fonctionnel, le retour à l'activité sportive et le retour au travail. La méta-analyse permet de démontrer que le risque de re-rupture est significativement moins important en cas de traitement chirurgical (différence de risque de 1,6% ; RR de 0,43 avec IC à 95% de 0,31 à 0,60 ; $p < 0,001$; $I^2 = 22\%$). Cependant, le risque de complication (essentiellement des infections) est significativement plus important avec le traitement chirurgical (différence de risque de 3,3% ; RR de 2,76 avec IC à 95% de 1,84 à 4,13 ; $p < 0,001$; $I^2 = 45\%$). Ces observations se retrouvent aussi bien dans les études observationnelles que dans les études randomisées contrôlées. L'impact fonctionnel à court et long terme n'est pas significativement différent entre les deux approches. La reprise d'activité sportive n'est mentionnée que dans 4 études ; elle varie entre 6 et 8 mois pour le traitement conservateur versus 6 et 9 mois pour le traitement chirurgical. Les données disponibles sur ce point ont été jugées insuffisantes pour faire l'objet d'une méta-analyse. Aucune différence significative n'est mise en évidence entre les deux approches thérapeutiques en ce qui concerne le retour au travail.

La méta-analyse de Deng et al. en 2017 ne rapportait pas plus d'effet secondaire après chirurgie alors que le taux de re-rupture était significativement plus faible (6).

Il est intéressant de remarquer que le taux de re-rupture dans les études qui incluaient la réadaptation fonctionnelle précoce ne montre pas de différence entre les deux traitements (RR de 0,60 avec IC à 95% de 0,26 à 1,37 ; $p = 0,23$; $I^2 = 0\%$), tout comme décrit dans la méta-analyse de Zhou et al. de 2018 (7). En 2012, Soroceanu et al. concluaient déjà que le traitement conservateur devrait être considéré dans les centres proposant une réadaptation fonctionnelle car le taux de re-rupture serait semblable au traitement chirurgical tout en offrant l'avantage d'une diminution d'autres complications (4). La réparation chirurgicale devrait être préférée en l'absence de protocole de rééducation car le risque de re-rupture serait moindre.

Malheureusement, la comparaison de la littérature reste difficile en raison d'une grande variété de protocoles concernant la décharge du poids du corps, des modalités thérapeutiques, de l'évaluation des résultats et de la durée du suivi.

Conclusion

Cette nouvelle revue systématique avec méta-analyse n'apporte pas d'élément complémentaire majeur par rapport aux connaissances acquises, si ce n'est que le risque de re-rupture du tendon d'Achille après traitement non chirurgical pourrait être moindre qu'observé précédemment. Le traitement conservateur se doit d'être mieux considéré et plus régulièrement proposé. Cependant, des études randomisées contrôlées rigoureuses restent nécessaires pour le développement d'un algorithme de prise de décision partagée pour guider les chirurgiens et les médecins concernant l'option thérapeutique la plus appropriée pour chaque patient.

Pour la pratique

Selon Ebpracticenet (8), la chirurgie est préférable chez l'athlète de compétition et dans les cas où la rupture devenait chronique, tandis que le traitement conservateur est une bonne alternative pour traiter les ruptures aiguës chez les patients normalement actifs, ainsi que chez les personnes âgées et les patients non actifs.

Même si le traitement chirurgical entraîne un risque de re-rupture du tendon d'Achille moindre, il est associé à un risque de complications, telle que les infections, plus important que le traitement conservateur. Ce traitement conservateur devrait être plus souvent considéré. Les avantages et inconvénients de chaque traitement devraient être présentés au patient afin de prendre la décision optimale. Cependant, les sportifs pourraient préférer le traitement chirurgical, espérant améliorer et accélérer leur retour aux activités sportives, alors qu'une personne sédentaire avec des souhaits fonctionnels plus limités, pourrait privilégier le traitement conservateur.

Références

1. Egger AC, Berkowitz MJ. Achilles tendon injuries. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2017;10:72-80. DOI: 10.1007/s12178-017-9386-7
2. Khan RJ, Carey Smith RL. Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD003674.pub4
3. Wilkins R, Bisson LJ. Operative versus nonoperative management of acute Achilles tendon ruptures: a quantitative systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med* 2012;40:2154-60. DOI: 10.1177/0363546512453293
4. Soroceanu A, Sidhwa F, Aarabi S, et al. Surgical versus nonsurgical treatment of acute Achilles tendon rupture: a meta-analysis of randomized trials. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94:2136-43. DOI: 10.2106/JBJS.K.00917
5. Ochen Y, Beks RB, van Heijl M et al. Operative treatment versus nonoperative treatment of Achilles tendon ruptures: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2019;364:k5120. DOI: 10.1136/bmj.k5120
6. Deng S, Sun Z, Zhang C, et al. Surgical treatment versus conservative management for acute Achilles tendon rupture: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Foot Ankle Surg* 2017;56:1236-43. DOI: 10.1053/j.jfas.2017.05.036
7. Zhou K, Song L, Zhang P, et al. Surgical versus non-surgical methods for acute Achilles tendon rupture: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Foot Ankle Surg* 2018;57:1191-9. DOI: 10.1053/j.jfas.2018.05.007
8. Tendinopathie et rupture du tendon d'Achille. Ebpracticenet. Dernière mise à jour: 24/07/2017. Dernière révision contextuelle: 19/12/2017.